



DEWAN BANDARAYA KUCHING UTARA BAHAGIAN PELESENAN (UNIT PLS)

DBKU@Depo
Jalan Depo, 93050 Kuching
Sarawak
Tel : 082-512955 Fax : 082-495075

silakan lekatkan gambar
berukuran paspot

PERMOHONAN UNTUK LESEN

Tuan

Saya sertakan butir-butir di bawah ini bagi permohonan untuk lesen berikut:

1. Nama Perniagaan _____
2. Alamat Perniagaan _____
3. Jenis Jualan / Perniagaan _____

BUTIR-BUTIR PERIBADI

4. Nama _____
5. Alamat Kediaman _____
6. No. Telefon Rumah/Pejabat _____
No. Telefon Bimbit _____
7. Tarikh Lahir _____
8. Bangsa _____
9. No. K.P. _____
10. Jantina ☐ Lelaki ☐ Perempuan
11. Warganegara ☐ Malaysia
☐ Lain-lain
12. Negeri Asal
☐ Sarawak ☐ Semenanjung Malaysia
☐ Sabah ☐ Lain-lain

- *13. Status
☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Duda/Janda
- *14. Nama Isteri/Suami _____
No. Telefon Pasangan _____
- *15. Pekerjaan sekarang serta nama dan alamat majikan (jika ada)

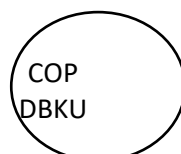
BUTIR-BUTIR PERNIAGAAN

16. No. Pendaftaran Perniagaan _____
17. Jenis Perniagaan _____

PENGESAHAN PENERIMAAN (Diisi Oleh Pegawai DBKU)

Nama Pemohon _____
Kad Pengenalan _____
Jenis Lesen _____
Tandatangan Penerimaan _____

Tarikh Memohon _____



*18. Pekerja isteri / suami dan nama majikan (jika ada)

*19. Anak dibawah tanggungan (jika ada)

NO.	NAMA	UMUR	JANTINA	PEKERJAAN

BUTIR-BUTIR LAIN

*20. Adakah tuan / puan sekarang pemegang lesen penjaja dan peniaga DBKU?

	ADA
--	-----

	TIDAK
--	-------

Jika ada, beri keterangan lanjut seperti berikut:

NO. LESEN	JENIS JUALAN	TEMPAT PERNIAGAAN

*21. Adakah ahli keluarga tuan / puan pemilik lesen penjaja dan peniaga DBKU?

	ADA
--	-----

	TIDAK
--	-------

NAMA AHLI KELUARGA	NO. LESEN	JENIS JUALAN	TEMPAT PERNIAGAAN

Lain-lain keterangan untuk menyokong permohonan lesen.

--

Saya mengesahkan bahawa maklumat-maklumat yang saya berikan di atas adalah benar dan betul. Saya memahami bahawa sekiranya ada diantara maklumat itu didapati palsu, permohonan saya ini boleh dibatalkan oleh DBKU dan sekiranya lesen sudah dikeluarkan, DBKU berhak untuk menarik balik lesen tersebut tanpa sebarang notis. DBKU berhak untuk menentukan sebarang lesen yang sesuai untuk sebarang keputusan DBKU adalah muktamad.

Tandatangan Pemohon

Tarikh

** Untuk diisi oleh pemohon sahaja*

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

PERKARA / CATATAN

_____	TARIKH	:	_____
_____	NO. FOLIO	:	_____
_____	NAMA PEMERIKSA	:	_____
_____	TANDATANGAN PEMERIKSA	:	_____

**DEWAN BANDARAYA KUCHING UTARA****BAHAGIAN PELESENAN**

DBKU@Depo
Jalan Depo, 93050 Kuching
Sarawak
Tel : 082-512955
Fax : 082-495075

**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN
(MEDICAL EXAMINATION FORM)**

Nama (Name): _____

Tempat Kerja/Berniaga (Work place/business) : _____

No. Kad Pengenalan (Identify Card No.): _____ Umur (Age) : _____

Jenis Kerja : ☐ Pemilik Lesen ☐ Pelayan ☐ Tukang Masak ☐ Lain-lain (nyatakan)
(Type of work) (License Owner) (Waiter/ waitress) (Cook) Others (Specify) _____

Jantina: ☐ Perempuan ☐ Lelaki
(Sex) (Female) (Male)

(A) SEJARAH KESIHATAN (Medical history)

Dalam masa dua (2) minggu lepas, apakah anda mengalami:
(In the last two weeks, did you have any of the following)

Bil. (No)	Soalan (Questions)	Ada (Yes)	Tidak (No)
1.	Jangkitan kuman di kulit (Skin infection)		
2.	Penyakit kulit yang berulang (Recurring skin disorder)		
3.	Jangkitan kuman melibatkan (Infections involving) :		
	3.1 Telinga (Ears)		
	3.2 Mata (Eyes)		
	3.3 Gusi (Gum)		
4.	Cirit-birit dan/atau muntah (Diarrhea and/or vomiting)		
5.	Demam kepialu (Typhoid or paratyphoid)		
6.	Tuberculosis		

Tandatangan (Signature): _____ Tarikh (Date) : _____

(B) PEMERIKSAAN OLEH DOKTOR (Examination by a doctor)

Bil./No.	Perkara / Matter	Komen / Comments
1.	Kulit (Skin)	
2.	Telinga, mata, hidung (Ear, eyes, nose)	
3.	Saluran pernafasan (Respiratory tract)	
4.	Abdomen (Abdomen)	

Description of Anti-Typhoid Vaccination:

1. Jenis vaksin (Type of vaccine)	
2. Nombor batch / siri vaksin (Vaccine batch / serial number)	
3. Tarikh suntikan vaksin (Date of vaccination)	 Expired by:

Saya mengesahkan bahawa orang seperti nama di atas **layak / tidak layak** menjadi pengendali makanan.
(I certify that the person named above is **fit / not fit** to become a foodhandler)

Tandatangan(Signature) : _____

Nama Doktor (Doctor's Name) : _____

Nama Klinik (Clinic Name) : _____ Tarikh (Date) : _____

**** Dimaklumkan bahawa tempoh sah laku borang pemeriksaan ini adalah tiga(3) tahun dari tarikh borang ini dikeluarkan oleh pihak klinik (perubahan tertakluk kepada tarikh luput suntikan vaksin).**

**** Please be advised that this medical examination is valid for a period of three(3) years from the date of issuance of this form from the clinic (subject to change depending on expiry date of vaccination).**